

De mentale gezondheid van doctorandi in Vlaanderen

Auteurs: Katia Levecque (1), Frederik Anseel (1), Lydia Gisle (2), Johan Van der Heyden (2,3), Alain De Beuckelaer (4)

(1) ECOOM-Universiteit Gent, Vakgroep Personeelsbeleid, Arbeids- en Organisatiepsychologie

(2) Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

(3) Universiteit Gent, Vakgroep Volksgezondheid

(4) Radboud Universiteit Nijmegen, Institute for Management Research

Contact: ecoom@ugent.be

RISICO OP ERNSTIGE MENTALE PROBLEMEN EN DE GHQ-12

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is mentale gezondheid een welzijnstoestand waarin elk individu zijn of haar eigen potentieel realiseert, kan omgaan met normale vormen van stress, productief en vruchtbaar kan werken, en in staat is bij te dragen aan de gemeenschap. Dit evenwicht wordt bedreigd bij mentale gezondheidsproblemen of mentale stoornissen. Mentale stoornissen worden gekenmerkt door veranderingen in gedachten, gevoel en/of gedrag in combinatie met lijden en/of een slechter functioneren. In het geval van mentale gezondheidsproblemen zijn de signalen en symptomen onvoldoende intens en lang aanwezig om van een mentale stoornis te kunnen spreken. De meeste mensen ervaren op één of ander moment in hun leven mentale gezondheidsproblemen. De meest voorkomende mentale stoornissen zijn angst- en gemoedsstoornissen, zoals een depressie.

In de huidige studie stellen we drie onderzoeksvragen: (1) *Hoe prevalent zijn ernstige mentale gezondheidsproblemen bij doctorandi in Vlaanderen?* (2) *Is die prevalentie vergelijkbaar met die bij hoger opgeleiden in de algemene bevolking?* en (3) *Is er een verband tussen de ernstige mentale gezondheidsproblemen ervaren door doctorandi en de werkorganisatie en het organisatiebeleid binnen de Vlaamse universiteiten?*

We beantwoorden deze vragen op basis van twee surveys. De eerste werd georganiseerd door ECOOM – het Expertise Centrum R&D Monitoring van de Vlaamse Gemeenschap – in 2013 bij alle junior onderzoekers in alle Vlaamse

universiteiten (zie ECOOM-brief 8 op de ECOOM-website). Mentale gezondheid werd bevraagd via de *General Health Questionnaire* (GHQ). De GHQ is een screeningsinstrument voor het detecteren van psychisch onwelzijn (in het Engels: *psychological distress*) en mogelijke aanwezigheid van een mentale stoornis (in het Engels: *risk of a common psychiatric disorder*). De GHQ stelt *niet* vast of iemand een psychiatrische stoornis heeft: zo'n diagnose vereist een psychiatrisch interview. De GHQ is wereldwijd het meest gebruikte meetinstrument voor mentale gezondheid. In de huidige studie gebruiken we de GHQ-12, die nagaat in welke mate iemand de afgelopen weken, meer dan gewoonlijk, bepaalde symptomen heeft ervaren. Die twaalf symptomen staan opgelijst in Tabel 1. De meeste symptomen indiceren depressie en sociaal disfunctioneren. De GHQ-scoring methode beschouwt een symptoom als “aanwezig” wanneer dat symptoom de afgelopen weken (veel) meer dan gewoonlijk werd ervaren. Vier of meer symptomen (GHQ4+) wijzen op de mogelijke aanwezigheid van een mentale stoornis, inzonderlijk depressie.

In 2013 werd de GHQ-12 ook opgenomen in de nationale gezondheidsenquête, georganiseerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid bij een representatieve steekproef van de algemene bevolking in België. Voor een uitgebreide beschrijving van deze enquête verwijzen we naar de WIV-website.

Om onze onderzoeksvragen te beantwoorden, beperkten we ons tot de junior onderzoekers die ingeschreven zijn in een doctoraatsprogramma (N=3659). Uit de nationale gezondheidsenquête selecteerden we alleen de hoger opgeleiden uit Vlaanderen (N=769). We beschouwden iemand als hoger opgeleid indien universitaire studies

(bachelor of master) of studies in het hoger onderwijs buiten de universiteit (3 tot 5-jarige programma's) succesvol werden afgerond. De HIS-steekproef omvat ook 14 doctoraathouders. Multi-group confirmatorische factoranalyses op de GHQ-12 bevestigen dat de SJR en HIS vanuit psychometrisch oogpunt op een valide manier vergeleken kunnen worden.

RISICO OP ERNSTIGE MENTALE PROBLEMEN BIJ DOCTORANDI

In Tabel 1 beantwoorden we onderzoeksvragen 1 en 2. De percentages geven de prevalentie weer van twaalf symptomen en het risico op ernstige mentale problemen (GHQ4+) in beide steekproeven. In de laatste kolom van Tabel 1 presenteren we relatieve risico's (RRs) die statistisch corrigeren voor de verschillen in leeftijds- en genderverdeling van beide steekproeven (bv. de HIS-deelnemers zijn doorgaans ouder). Het relatieve risico vergelijkt de prevalentie in de steekproef van doctorandi met de prevalentie in de steekproef van hoger opgeleiden in de algemene bevolking.

Tabel 1. Prevalentie van mentale gezondheidsproblemen bij doctorandi (SJR) in vergelijking met hoog opgeleiden in de algemene bevolking (HIS) in Vlaanderen 2013: % en gecorrigeerde relatieve risico's (RR)			
	SJR %	HIS %	RR ¹
Zich constant gespannen voelen	40.8	27.5	1.4
Zich ongelukkig en depressief voelen	30.3	13.6	2.1
Slaaptekort door zorgen	28.3	18.1	1.6
Moeilijkheden niet de baas kunnen	26.1	12.0	2.4
Geen plezier van dagdagelijkse activiteiten	25.4	13.1	2.2
Verlies van zelfvertrouwen	24.4	8.0	3.5
Gevoel geen zinvolle rol te spelen	22.5	9.2	2.3
Concentratieproblemen	21.7	10.7	1.9
Zich niet gelukkig voelen	21.2	11.1	2.2
Zich waardeloos voelen	16.1	5.3	3.4
Geen beslissingen kunnen nemen	15.0	6.0	2.8
Problemen niet onder ogen kunnen zien	13.4	4.3	3.7
Risico op ernstige mentale problemen (GHQ4+)	31.8	14.0	2.4

¹ alle RRs zijn significant op het $p < 0.001$ -niveau.

Kolom 1 van Tabel 1 toont aan dat de prevalentie van mentale gezondheidsproblemen binnen de universiteit hoog is, en varieert van 41% doctorandi die zich constant gespannen voelen tot 13% die aangeeft problemen niet onder ogen te kunnen zien. Ongeveer 30% geeft aan zich ongelukkig en depressief te voelen, 28% ervaart slaaptekort door zorgen. Ongeveer 1 op 4 tot 1 op 5 doctorandi zegt moeilijkheden niet de baas te kunnen, geen plezier te beleven aan dagdagelijkse activiteiten, een lager zelfvertrouwen te ervaren, niet het gevoel te hebben een zinvolle rol te spelen, concentratieproblemen te ervaren, en een (sterk) verlaagd geluksgevoel. 16% voelt zich waardeloos, 15% zegt geen beslissingen te kunnen nemen. Bij 1 doctorandi op 3 is er een risico op het hebben of ontwikkelen van ernstige mentale gezondheidsproblemen.

Kolom 3 van Tabel 1 toont aan dat doctorandi onderzoekers significant meer problemen op het vlak van mentale gezondheid ervaren dan de hoog opgeleide algemene bevolking. De RRs variëren van 1.4 (zich constant gespannen voelen) tot 3.7 (problemen niet onder ogen kunnen zien). We vinden RRs van rond de 3 voor verlies van zelfvertrouwen, zich waardeloos voelen en geen beslissingen kunnen nemen. We vinden RRs van 2.2 à 2.4 voor het gevoel geen zinvolle rol te spelen, moeilijkheden niet de baas te kunnen, en niet kunnen genieten van dagdagelijkse activiteiten. Kijken we naar concentratieproblemen en zich ongelukkig en depressief voelen, dan zien we een RR van 2. Het risico op een ernstige mentale gezondheidsproblemen ligt bij doctorandi 2.4 keer zo hoog als in de hoog opgeleide algemene bevolking.

WERK ORGANISATIE, ORGANISATIONEEL BELEID EN RISICO OP ERNSTIGE MENTALE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Multivariate logistische regressies op de SJR-data suggereren dat werkorganisatie en organisatiebeleid verband houden met de prevalentie van mentale gezondheidsproblemen bij doctorandi. In Tabel 2 presenteren we bevindingen over het verband tussen werk- en organisatiecontext enerzijds, en risico op ernstige mentale problemen anderzijds.

We zien significant hogere risico's ($OR > 1$) bij (1) hoge jobeisen (zoals werkbelasting, publicatiedruk), (2) onderzoekers met een beurs of tewerkgesteld op een project (in vergelijking met assistenten), (3) onderzoekers in een team met alleen of overwegend mannen (in vergelijking met teams met een gendergelijke verdeling), en (5) wanneer conflict wordt ervaren tussen de eisen van het werk en die van het gezin. De bevindingen toonden ook aan dat (6) vrouwen een hoger risico vertonen dan mannen.

Het risico op ernstige mentale problemen was significant lager ($OR < 1$): (1) bij een hoge mate van jobcontrole (d.w.z. een hoge mate van jobvariatie, jobautonomie en vakmanschap), (2) tijdens de uitvoering van het doctoraat (in vergelijking met de startfase), en (3) wanneer de promotor van het doctoraat een inspirerend leider is. Risico's waren ook significant lager: (4) wanneer de doctorandus veel interesse heeft in een academische carrière, en (5) een positieve perceptie van de toegevoegde waarde van een doctoraat op de arbeidsmarkt buiten de universiteit. Onderzoekers met (6) kinderen vertoonden een lager risico dan collega's zonder kinderen.

Tabel 2 toont verder aan dat het risico op een ernstig mentaal gezondheidsprobleem niet verschilt naargelang wetenschappelijke discipline of universiteit. Het maakt ook niet uit hoeveel promotoren er bij een doctoraat betrokken zijn, noch of het een man is of een vrouw. We vonden ook

geen verband met de ingeschatte kans op een toekomstige academische carrière.

DISCUSSIE

Onderzoek naar het welzijn en de mentale gezondheid van academici is tot op vandaag beperkt. Deze studie is de eerste wereldwijd die de prevalentie van mentale gezondheidsproblemen bij doctorandi in kaart brengt en daarbij een benchmark voorziet met de mentale gezondheid van hoog opgeleiden in de algemene bevolking (corrigerend voor verschillen in gender en leeftijd). In onze studie gingen we ook de impact na van de werkorganisatie en het organisatiebeleid van de Vlaamse universiteiten op de mentale gezondheid van doctorandi.

Bij de interpretatie van onze onderzoeksbevindingen moeten vier zaken in het achterhoofd gehouden worden. Het eerste heeft te maken met beperkingen van causale inferentie. Onze studie is gebaseerd op cross-sectionele data, waardoor conclusies over oorzaak en gevolg niet mogelijk zijn. Dit betekent dat we op basis van onze data niet kunnen antwoorden op de vraag of werken aan een universiteit iemands mentale gezondheid negatief beïnvloedt (causatie) of dat individuen die ervoor kiezen om te doctoreren *à priori* vatbaarder zijn voor mentale gezondheidsproblemen (selectie). Een selectie-interpretatie gaat ervan uit dat individuen die zich aangetrokken voelen om in academisch onderzoek te stappen, meer risico lopen op een mentaal probleem en meer dan anderen geneigd zijn de werkomgeving negatiever te evalueren. Alhoewel we zo'n selectie-interpretatie niet helemaal kunnen uitsluiten, druist het in tegen een consistente bevinding in gezondheidsonderzoek. Studies wijzen namelijk al decennialang uit dat allerlei stressoren in de werk- en organisatiecontext van werknemers mentale (en fysieke) gezondheidsproblemen veroorzaken.

Een tweede punt is de generaliseerbaarheid van onze bevindingen. We vonden alvast geen significante verschillen tussen disciplines en universiteiten in Vlaanderen. De vraag stelt zich of onze bevindingen nu idiosyncratisch zijn voor Vlaanderen of ook generaliseerbaar naar andere landen toe? Een empirisch onderbouwd antwoord op deze vraag vereist cross-nationale data die op dit moment niet bestaan. Gezien de Vlaamse universiteiten op het vlak van onderzoek de laatste twee decennia dezelfde fundamentele veranderingen ondergingen als universiteiten in de meeste andere OECD-landen, gaan we er echter van uit dat onze onderzoeksbevindingen veralgemeend kunnen worden tot alle onderzoekers die in gelijkaardige werk- en organisatiecontexten werken. Verder is het natuurlijk ook zo dat de academische werkomgeving internationaal georiënteerd is, met als gevolg dat heel wat onderzoekers mobiel zijn over de landsgrenzen heen. Plaatsen we Vlaanderen in haar internationale context, dan moeten we

er wel steeds rekening mee houden dat meer dan 9 doctorandi op 10 in Vlaanderen ofwel een doctoraatsbeurs hebben ofwel tewerkgesteld zijn bij een universiteit. Dit gaat gepaard met een volwaardig loon dat vergelijkbaar of zelfs hoger is dan het loon van collega's op de private arbeidsmarkt. Studies in landen waar doctorandi geen competitief loon ontvangen hebben reeds meermaals aangetoond dat financiële zorgen en schulden één van de voornaamste stressoren zijn waarmee individuen tijdens hun doctoraatstraject moeten afrekenen. Bijgevolg kunnen we verwachten dat in die landen waar doctorandi geen volwaardig loon ontvangen de prevalentie van mentale gezondheidsproblemen nog hoger zal liggen.

Een derde punt is de vergelijking tussen doctorandi en de hoog opgeleiden in de algemene bevolking. In het beperkt aantal buitenlandse studies die zich buigen over het welzijn van academici wordt amper vergeleken met groepen "buiten de universiteit". Indien dat gebeurt, wordt gekeken naar een specifieke beroepsgroep of de algemene bevolking. Cruciale basisgradiënten in gezondheid zoals gender, leeftijd en opleidingsniveau worden daarbij echter volkomen genegeerd. Bijgevolg worden ook de gezondheidseffecten van deze determinanten niet in rekening gebracht. In onze analyse vergeleken we alleen met de hoogopgeleiden en brachten we ook de effecten van gender en leeftijd in rekening. Alhoewel onze vergelijking unieke benchmarking informatie oplevert, heeft ze net als elke andere vergelijking met een specifieke bevolkings- of beroepsgroep, eigen drawbacks.

Tot slot nog een punt met betrekking tot de meting van mentale gezondheid. De GHQ-12 is een wereldwijd gebruikt meetinstrument dat toestaat om individuen op te sporen die een verhoogd risico lopen op een mentale stoornis (GHQ4+), inzonderlijk depressie. De ervaren problemen van deze individuen vragen om enige professionele aandacht. Het meten van mentale gezondheidsproblemen met schalen zoals de GHQ laat toe om inzicht te verwerven in het bestaan van ervaren stress en psychisch lijden en wordt bij voorkeur verder aangevuld met andere metingen van welzijn, zoals informatie rond ziekteverzuim, presentisme, verminderde productiviteit of toegenomen verloopintenties.

Nota. De lezer kan meer achtergrondinformatie, details over methoden en statistische analyses, alsook een exploratie van beleidsimplicaties terugvinden in de paper hieronder vermeld. De paper is momenteel in review bij een internationaal wetenschappelijk tijdschrift. Gelieve de auteurs te contacteren voor de laatste versie van de paper vooraleer te citeren. Deze pre-publicatieversie van de paper werd geschreven om het publieke debat tijdig te informeren. *Levecque, K., Anseel, F., De Beuckelaer, A., Van der Heyden, J. & Gisle, L. (2015). Work organization and common mental health problems in academia: Alarming findings of a large-scale survey in Flemish universities. Working Paper.*

Tabel 2. Predictoren van ernstige mentale gezondheidsproblemen (GHQ4+) bij doctorandi, Vlaanderen 2013 (N=3659): odds ratio (OR), 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI), significantieniveau

	OR	95% BI	Sign
Constante	0.224		***
Werkcontext			
Jobeisen	1.655	(1.293-2.118)	***
Jobcontrole	0.634	(0.500-0.804)	***
Wetenschappelijke discipline			n.s.
Wetenschappen (ref)	-	-	-
Biomedische wetenschappen	0.842	(0.642-1.103)	n.s.
Toegepaste wetenschappen	0.988	(0.742-1.316)	n.s.
Humane wetenschappen	0.930	(0.661-1.309)	n.s.
Sociale wetenschappen	0.916	(0.692-1.211)	n.s.
Type aanstelling			n.s.
Assistentchap (ref)	-	-	-
Beurs	1.431	(1.099-1.863)	**
Onderzoeksproject	1.378	(1.048-1.811)	*
Geen fondsen van de universiteit	1.229	(0.861-1.754)	n.s.
Andere fondsen	1.266	(0.842-1.903)	n.s.
Onbekend	1.380	(0.859-2.218)	n.s.
Doctoraatsfase			**
Aanvangsfase (ref)	-	-	-
Uitvoeringsfase	0.671	(0.537-0.838)	***
Afrondingsfase	0.772	(0.585-1.018)	n.s.
Aantal promotoren			
Eén (ref)	-	-	-
Geen of meerdere	1.013	(0.849-1.208)	n.s.
Gender van de (hoofd)promotor			
Man (ref)	-	-	-
Vrouw	1.022	(0.825-1.266)	n.s.
Leiderschapsstijl: inspirerend	0.911	(0.835-0.994)	*
Leiderschapsstijl: autocratisch	0.925	(0.851-1.005)	n.s.
Leiderschapsstijl: laissez-faire	1.046	(0.973-1.123)	n.s.
Veel interesse in een academische carrière	0.783	(0.655-0.935)	**
Gepercipeerde hoge kans op een academische carrière	1.022	(0.855-1.221)	n.s.
Positieve perceptie van een carrière buiten de universiteit	0.791	(0.707-0.884)	***
Organisatiecontext			
Universiteit			n.s.
KU Leuven (ref)	-	-	-
Universiteit Gent	0.925	(0.755-1.133)	n.s.
Universiteit Antwerpen	0.989	(0.749-1.306)	n.s.
VU Brussel	1.005	(0.755-1.337)	n.s.
Universiteit Hasselt	1.126	(0.755-1.678)	n.s.
Team gender compositie			***
Gendergelijke verdeling (ref)	-	-	-
Enkel of overwegend mannen	1.474	(1.201-1.810)	***
Enkel of overwegend vrouwen	1.254	(0.975-1.615)	n.s.
Team conflict	1.059	(0.933-1.202)	n.s.
Gesloten besluitvorming in het team	1.205	(1.081-1.345)	**
Gezin werk conflict	1.310	(1.174-1.463)	***
Werk gezin conflict	1.515	(1.347-1.705)	***
Sociodemografische kenmerken			
Vrouw	1.371	(1.093-1.586)	**
Leeftijd	1.002	(0.978-1.027)	n.s.
Partner	0.865	(0.713-1.049)	n.s.
Kinderen	0.647	(0.481-0.870)	**
Model fit GHQ4+:			
LR = 485.667 df = 35 p<0.001 Nagelkerke R ² = 0.209			

ref=referentie categorie n.s.=niet significant

*=p<0.05 **=p<0.01 ***=p<0.001